

Repositório ISCTE-IUL

Deposited in *Repositório ISCTE-IUL*:

2018-06-19

Deposited version:

Post-print

Peer-review status of attached file:

Peer-reviewed

Citation for published item:

Tereso, A. (2016). Quotidianos contemporâneos que medeiam o início da vida: conceitos, realidades e desafios. In Teresa Rebelo et al (Ed.), Quando o silêncio se faz fala: a escuta na aprendizagem do cuidado de enfermagem. (pp. 41-60). Loures: Lusodidacta.

Further information on publisher's website:

--

Publisher's copyright statement:

This is the peer reviewed version of the following article: Tereso, A. (2016). Quotidianos contemporâneos que medeiam o início da vida: conceitos, realidades e desafios. In Teresa Rebelo et al (Ed.), Quando o silêncio se faz fala: a escuta na aprendizagem do cuidado de enfermagem. (pp. 41-60). Loures: Lusodidacta.. This article may be used for non-commercial purposes in accordance with the Publisher's Terms and Conditions for self-archiving.

Use policy

Creative Commons CC BY 4.0

The full-text may be used and/or reproduced, and given to third parties in any format or medium, without prior permission or charge, for personal research or study, educational, or not-for-profit purposes provided that:

- a full bibliographic reference is made to the original source
- a link is made to the metadata record in the Repository
- the full-text is not changed in any way

The full-text must not be sold in any format or medium without the formal permission of the copyright holders.

“Quotidianos contemporâneos que medeiam o início da vida: conceitos, realidades e desafios”

Alexandra Tereso

A pertinência de reflectir sobre as várias dimensões que permeiam o início da vida emerge num contexto social em mutação no qual se desenrola a *práxis* do enfermeiro obstetra. Perante a vastidão de um território que tem tanto de fascinante como de complexo, impôs-se o mapeamento e a selecção dos problemas a abordar. Arriscando uma abordagem redutora e por isso criticável, optou-se por uma selecção pessoal que teve em consideração as coordenadas dominantes de uma área onde se cruzam quotidianos e experiências de cuidadores e de cuidados e onde cada silêncio pode ser o prenúncio de um grito que dá voz à dor, à felicidade ou até a um “início” de vida. Tendo como ponto de partida as limitações referidas, a escolha realizada destacará três áreas temáticas:

- O contexto “contraditório” da sexualidade contemporânea no qual se revelam as proximidades e os distanciamentos entre a saúde sexual e a saúde reprodutiva em Portugal.
- Os trilhos conceptuais do parto: a medicalização, a humanização, a naturalização, a mamiferização e a colonização.
- Itinerários entre o “instinto” maternal, a homoconjugalidade e a homoparentalidade.

O contexto “contraditório” da sexualidade contemporânea no qual se revelam as proximidades e os distanciamentos entre a saúde sexual e a saúde reprodutiva em Portugal.

O século XX foi considerado como um século contraditório relativamente às questões que envolvem a sexualidade. Neste âmbito destaca-se:

- O surgimento da pílula, que veio permitir o sexo sem reprodução;
- O desenvolvimento da procriação medicamente assistida, que veio permitir a reprodução sem sexo;
- O reconhecimento dos direitos dos homossexuais e dos transexuais e de problemáticas que fizeram emergir, nomeadamente a equidade e o acesso aos cuidados de saúde;
- A metamorfose das perversões em parafilias e a sua tipificação em estilos de vida alternativos (sob o pressuposto do consentimento mútuo) ou em agressões (quando a violência e o abuso pautam os comportamentos);
- A descoberta de tratamentos para as infecções sexualmente transmissíveis e a descoberta do VIH e da SIDA;
- O ressurgimento da violência sexual nos anos 80, após a pacificação da revolução sexual;
- O surgimento do cibersexo nos anos 90 (Gomes, 2003).

Segundo Aboim (2013) no contexto nacional e na abordagem da vida sexual dos Portugueses destacam-se dois processos. O primeiro diz respeito à “transformação da sexualidade em domínio do saber médico e científico, movimento que a retirou da alçada quase exclusiva da moral religiosa, alterando a ancestral visão do sexo como «pecado». O segundo processo respeita à construção da sexualidade como fenómeno não estritamente biológico e regulado pelos imperativos da reprodução humana, mas como objecto social” (Aboim, 2013: 21). A autora considera que definições como as de “pecado, desejo, normalidade e desvio, certo e errado, entre outras tantas,” (re)definem-se de acordo com os contextos históricos em que foram produzidas e com as normas

sociais que, “em tempos diferentes, foram definidas pelas instituições, interpretadas pelas pessoas e vividas depois nas suas práticas, desejos e identidades sexuais” (Aboim, 2013: 21).

A preservação da saúde sexual, considerada simultaneamente como um direito e como um dever, encontra-se associada à organização política dos cuidados de saúde e aos comportamentos individuais relacionados com a saúde. No entanto, a saúde sexual não se restringe ao controlo dos comportamentos individuais, pois também depende do comportamento dos outros indivíduos, das condições sociais que se inscrevem nos comportamentos, do acesso aos serviços de saúde e da existência de políticas públicas eficazes (Paiva e Amâncio, 2004).

Neste âmbito realça-se que, durante décadas os interesses em controlar as elevadas taxas de fecundidade ilustraram a primazia do social sobre o individual. Dentro dessa lógica desenvolveu-se uma abordagem biomédica e sanitária da reprodução, almejando o controlo da fecundidade, a assistência médica na gravidez e no parto e a redução das taxas de morbilidade e mortalidade materna e infantil, o que implicou um forte investimento tecnológico (Almeida, 2004).

No entanto, durante a década de 80, emergiu uma crítica contundente à subvalorização dos direitos individuais. Nesse contexto, destacaram-se os movimentos feministas (que contestaram com veemência as políticas de natalidade que reduziam a mulher ao seu papel procriativo e que reclamavam a atenção para outras dimensões da saúde da mulher tal como a sexualidade) e a proposta, elaborada por várias organizações de saúde (entre as quais a WHO), de uma mudança de paradigma que passou pelo desenvolvimento do conceito de “saúde sexual” (Almeida, 2004).

Em 1994, na sequência da conferência internacional sobre a população e o desenvolvimento, realizada no Cairo, passou-se de uma atenção centrada no controlo da fecundidade para uma ênfase na protecção e na promoção de direitos reprodutivos de homens e mulheres, entendidos num sentido mais amplo. Nesta nova noção estava implicado um direito universal de os indivíduos controlarem a reprodução, regularem a fecundidade e desfrutarem, em liberdade e segurança, da sua sexualidade (Almeida, 2004).

Em Portugal, as designações dos Programas Nacionais de Saúde, têm omitido o conceito de “saúde sexual” e têm atribuído o protagonismo à “saúde reprodutiva”. Não obstante, na rubrica “outros programas e projectos”, é feita uma alusão à saúde sexual, que ainda assim aparece restringida ao período da adolescência e ao contexto escolar (como o alicerce de uma vida sexual e reprodutiva saudável). Subjacente ao planeamento e à prestação de cuidados no âmbito da “saúde reprodutiva”, é evidenciada uma heteronormatividade que privilegia como sujeitos as mulheres em fase reprodutiva e que exclui os homens. Destaca-se ainda a valorização da prevenção, do diagnóstico e do tratamento de infecções sexualmente transmissíveis e da gravidez não planeada e a desvalorização dos cuidados no âmbito da saúde sexual, mesmo os dirigidos às mulheres (tais como os cuidados às mulheres com disfunção sexual) (WHO, 2010).

A abordagem da sexualidade e das suas implicações na saúde e bem-estar dos indivíduos implica a consideração de que a saúde sexual seja reconhecida como uma área específica de intervenção e que, pela sua abrangência, englobe a saúde reprodutiva e não o contrário. Compreender a sexualidade e o seu impacto nas práticas, nos parceiros, na reprodução e no prazer representa um mundo de desafios e de oportunidades para melhorar a qualidade das intervenções de enfermagem e os serviços de saúde sexual. Implica ainda englobar os factores sociais, económicos e culturais que contribuem para a vulnerabilidade dos indivíduos ao risco e que afectam as formas como o sexo é pensado, desejado ou recusado (WHO, 2006). Mesmo quando o

aconselhamento sexual é englobado nos serviços de saúde reprodutiva, é fundamental que seja considerado como um desafio para as instituições e para os profissionais de saúde que não se restringe ao fornecimento de informação. Neste âmbito é essencial que sejam tidos em consideração vários aspectos tais como os constrangimentos de tempo, a falta de privacidade (que acontece em muitos dos serviços) e a falta de formação dos profissionais. Uma sociedade sexualmente saudável implica que os serviços de saúde sejam acessíveis e que tenham qualidade (WHO, 2010).

Em Portugal, a criação de várias linhas de apoio no âmbito da sexualidade, tal como a “Sexualidade em Linha” (criada em 1998, numa tentativa de minimizar as lacunas existentes ao nível da sexualidade juvenil) e a “SOS Dificuldades Sexuais” (criada em 1999, com o objectivo de informar, esclarecer, orientar e encaminhar pessoas com dúvidas e perturbações na área da sexualidade), evidenciam a importância que os seus utilizadores parecem dar ao anonimato, à confidencialidade e à possibilidade de obterem uma ajuda (ajuda essa que uma parte significativa da população portuguesa parece desconhecer ou ter dificuldades a aceder). Neste âmbito, realça-se, ainda, o desenvolvimento de uma aplicação informática para telemóveis, em 2015 a *Men's Sexual Medicine*. O seu funcionamento baseia-se numa análise sistemática a partir da queixa clínica inicial e orienta o utilizador para o diagnóstico e o tratamento de doenças sexuais masculinas, com base num algoritmo.

O conceito de saúde sexual implica a concepção de um formato de projectos e de práticas que não se reduzam ao imperativo da reprodução. Implica literacia em saúde sexual de e para a cidadania, contextualizada culturalmente e que seja promotora da equidade social, racial, étnica, sexual e de género (Almeida, 2001). Neste contexto, o desenvolvimento da compreensão sobre valores culturais e crenças emerge como uma prioridade e pode influenciar o futuro das gerações. É esperado que os enfermeiros desenvolvam um compromisso com a melhoria da saúde das populações vulneráveis e contribuam para a diminuição das desigualdades (Tomey e Alligood, 2004). A evidência científica realça que as intervenções para manter e assegurar a saúde sexual têm mostrado melhores resultados quando têm como sujeitos indivíduos de todas as idades, qualquer que seja o seu estatuto marital ou orientação sexual (WHO, 2010).

Os trilhos conceptuais do parto: a medicalização, a humanização, a naturalização, a mamiferização e a colonização.

A consolidação das políticas de saúde, em Portugal, culminou na melhoria dos indicadores de saúde materna e infantil e colocou o país ao nível dos melhores do mundo. Não obstante, implicou também a “tentação de tratar todas as parturientes de modo rotineiro, com elevado grau de intervenção, mesmo nas situações de baixo risco obstétrico. Muitos procedimentos usados durante o trabalho de parto aumentam a probabilidade da intervenção clínica subsequente, como a evidência científica comprova, e devem ser evitados sempre que não exista um motivo clínico específico que os recomende.” (Leite, 2012: 17)

Davis-Floyd e Sargent (1997) referem que nas décadas de 70, 80 e de 90 a assistência ao parto evidenciou as relações entre o progresso tecnológico rápido e os comportamentos normativos. No âmbito de uma perspectiva biomédica, a medicalização do parto foi institucionalizada, o médico assumiu o protagonismo do parto e a parturiente passou a ser considerada como objecto de cuidados. Nesta lógica, o internamento das parturientes imputou a sua submissão ao controlo médico e a sua anuência com o estatuto de “doentes” dependentes e passivas (Tereso, 2005).

No âmbito de um mal-estar muitas vezes silencioso e/ou silenciado, emergiu a contestação da hegemonia tecnológica e médica no parto, que se foi manifestando de

formas diferentes a nível local, nacional e mundial. Entre os seus activistas contam-se as próprias mulheres e companheiras/os (com experiências anteriores de partos vaginais consideradas como traumatizantes), enfermeiros obstetras, parteiras, médicos obstetras, entre outros que reclamam uma assistência ao parto mais individualizada e menos interventiva. Nos EUA, em 1997, destacou-se o surgimento da “iniciativa do parto amigo das mães”, desenvolvida pela CIMS (*Coalition for Improving Maternity Services*) que tinha como missão trabalhar com todos os envolvidos no nascimento e na amamentação, incentivando e promovendo, nas maternidades, a prática baseada na evidência nos cuidados amigos das mães e dos bebés.

Como uma das críticas mais relevantes do parto medicalizado destaca-se a antropóloga Sheila Kitzinger e as suas publicações “*The Politics of Birth*” (2005) e “*Birth Crisis*” (2006). A autora analisa as experiências de mães e bebés submetidos a partos medicalizados e o impacto negativo do intervencionismo rotinizado (na gravidez e no parto) e da primazia atribuída à vigilância tecnológica. Nas suas obras, realça que para muitas mulheres o parto é vivido como um processo traumático cujas consequências permanecem ao longo da vida. Refere ainda que muitas das intervenções a que as mulheres são submetidas, e que podem contribuir para tornar o parto traumático, não são baseadas em evidência científica. Kitzinger censura o poder institucional que se fundamenta numa cultura do parto de alta tecnologia e a consideração das mulheres como máquinas reprodutivas. Realça ainda que, perante alguns procedimentos a que a mulher é submetida, o parto pode ser considerado como uma forma de abuso sexual.

Considera que, quando uma mulher é admitida no hospital, encontra um sistema social que regula o seu comportamento. A existência de uma burocracia desenhada para assegurar conformidade e obediência e uma estrutura hierárquica de gestão punem desvios e recompensam a adesão sem crítica a regras e protocolos. Kitzinger (2006) refere ainda que o sistema de controlo tem início na gravidez, altura em que a mulher se torna numa “paciente”. Neste tipo de cenários, tem-se assistido a várias situações de conflito em que grávidas e parturientes são consideradas como “problemáticas” por apresentarem e quererem fazer cumprir o seu plano de parto (ou plano de nascimento – FAME e APEO, 2009). Segundo a autora, o que poderia ser uma estratégia de capacitação e de apoio à tomada de decisão das parturientes acaba por se transformar num ponto de partida para “bullying”.

Neste contexto, emergiu o movimento de humanização do parto, que reclama o parto da posse da tecnomedicina e enfatiza a importância da combinação da melhor evidência científica acerca da fisiologia do parto com uma atitude de honra e respeito pelas mulheres e pelos seus corpos (Davis-Floyd e Sargent, 1997). No conceito de parto humanizado, a parturiente/feto/família são considerados os protagonistas do parto e são questionadas as práticas de saúde excessivamente intervencionistas.

Segundo Sardo “(...) a mulher tem direito a vivenciar o parto como momento único, individualizado, segundo as suas crenças, valores, costumes e dinâmica familiar, de forma a fortalecer os aspectos do processo fisiológico normal do nascimento” (Sardo, 2009: 5). Neste âmbito, em Portugal, realça-se a iniciativa da Ordem dos Enfermeiros: “Implicados na defesa do direito da mulher portuguesa a vivenciar o processo de nascimento dos seus bebés, em ambientes seguros, com cuidados de saúde e suporte apropriados e com o mínimo de procedimentos clínicos, propusemo-nos construir um consenso entre obstetras, enfermeiros especialistas e representantes dos cidadãos sobre os conceitos, os princípios e as práticas promotoras do parto normal, que suporte o posterior desenvolvimento de uma Estratégia Nacional de Humanização do Nascimento.” (Leite, 2012: 17). Na reivindicação do processo de naturalização do parto,

é veiculado como pressuposto que “O parto é um processo fisiológico no qual só se deverá intervir para corrigir desvios da normalidade” (Leite, 2012: 13). Neste âmbito, é também enfatizado que “Há expectativas legítimas dos casais e novos ‘paradigmas’ assistenciais que não estão a encontrar resposta nos serviços de saúde portugueses. Desde logo, um ambiente de nascimento confortável que permita vivenciar o parto como um acontecimento da família, com uma assistência personalizada e com liberdade de escolha, desde que suportada em decisões informadas” (Leite, 2012). Na (re)definição do parto como normal realçam-se, como contributos, a visibilidade política das contestações associada aos custos elevados da tecnologia obstétrica.

Uma outra forma de conceptualizar o parto foi desenvolvida por Michel Odent (2004), (um obstetra francês, internacionalmente conhecido). Segundo o autor, é fundamental defender a “mamiferização” do parto, que é como designa o conjunto de acções que fazem com que o nascimento respeite as condições inatas da mulher. Neste contexto, realça a importância das hormonas “do amor” libertadas durante o parto, contesta a banalização do parto por cesariana e chama a atenção para os perigos de uma sociedade em que, devido às intervenções médicas, se bloqueia o processo hormonal que acredita ter efeitos comportamentais benéficos. Este autor considera que o conceito de humanização deveria ser substituído pela condição de “mamiferização” e que se deveria dar prioridade à necessidade das parturientes de terem privacidade, de não serem observadas e de se sentirem seguras, que são necessidades comuns aos outros mamíferos. Esta perspectiva, apesar de controversa, tem tido grande visibilidade a nível internacional e tem proporcionado contributos interessantes para a conceptualização do parto como um acontecimento natural.

No que diz respeito à conceptualização do parto, há ainda um último conceito a incluir, o do “Microparto”. Apesar de, ainda em 2004, Michel Odent já ter mencionado no seu livro “A cesariana” que do ponto de vista bacteriológico havia uma deficiência significativa num nascimento por cesariana, foi em 2014 que um grupo de cientistas e académicos do Reino Unido, Canadá e dos EUA, divulgou um documentário com a designação de “*Microbirth*”. Neste, são apresentados os resultados de uma pesquisa acerca dos eventos microscópicos que acontecem durante o parto vaginal. Segundo os investigadores, o bloqueio destes eventos no parto por cesariana, ou nos casos em que não é promovida a amamentação logo após o nascimento, poderão ter consequências a longo prazo na saúde da criança e potencialmente na humanidade (no epigenoma). Consideram ainda que a medicalização e farmacologização da reprodução podem alterar ou impedir a exposição do feto ao cocktail bacteriano da mãe, interferindo com a colonização do microbioma do recém-nascido. Consequentemente, o sistema imunitário do bebé pode nunca se desenvolver no seu potencial completo, deixando a criança com um risco. Assim, sugerem que a colonização do microbioma deve ser incluída em todos os planos de parto. Realçam que, mesmo nos casos em que o parto vaginal não é possível, o contacto pele-a-pele e a amamentação logo após o nascimento devem ser suportados e encorajados pelos profissionais de saúde para assegurarem que o microbioma do bebé é colonizado pelas bactérias da mãe.

Itinerários entre o “instinto” maternal, a homoconjugalidade e a homoparentalidade.

Das abordagens conceptuais que enquadram a maternidade realçam-se três perspectivas: a maternidade como uma manifestação instintiva, como uma inevitabilidade (antes do desenvolvimento e do acesso dos indivíduos a métodos de regulação da fecundidade) ou como uma “alternativa” (da mulher/casal).

No que se refere à consideração da maternidade como uma manifestação instintiva, realça-se a sua contestação na perspectiva filosófica divulgada por Elisabeth Badinter. Nesta, a autora distancia-se das questões relacionadas com os efeitos das hormonas prolactina e oxitocina que estariam na génese do instinto a partir do qual seria efectivado o amor maternal e afirma que “(...) o conceito de instinto está ultrapassado, (...) Contesto tanto o carácter inato do sentimento maternal como a afirmação de que ele seria partilhado por todas as mulheres” (Badinter, 2006: 7). A autora defende que nem todas as mães sentem uma pulsão irresistível para se ocuparem do seu bebé e alerta para a eventual confusão entre determinismo social e imperativo biológico, afirmando que “Os valores de uma sociedade são às vezes tão imperiosos que exercem uma influência incalculável sobre os nossos desejos. (...) É certo que a antiga divisão sexual do trabalho teve a maior influência na atribuição de cargos da “maternidade” à mulher e que, até há bem pouco tempo, tal situação parecia ser o produto mais puro da natureza.” (Badinter, 2006: 12-13).

A partir da análise dos comportamentos de mães, a autora tira conclusões sobre a existência de um amor maternal “incerto” e não inato referindo que: “Parece-me que se torna necessário deixar a universalidade e a necessidade aos animais e admitir que o contingente e o particular são próprios do homem. A contingência dos seus comportamentos e sentimentos é o seu fardo, mas também a única brecha através da qual se pode exprimir a sua liberdade” (Badinter, 2006: 12).

Hamner e Turner (1990), na sua obra *“Parenting in Contemporary Society”*, referem que um dos aspectos marcantes da sociedade contemporânea é o crescente reconhecimento de que a maternidade pode ser uma escolha e não um evento inevitável. Paralelamente a esta liberdade emergiu a ponderação dessa opção. À medida que as pressões e as exigências da parentalidade foram ficando mais complexas, a decisão de adiar a maternidade ou não ter filhos tornou-se mais realista para alguns.

Em Portugal, a queda da fecundidade e o envelhecimento da população aconteceram a par com outras mudanças, tais como a terciarização da economia, a escolarização em massa e a feminização da população activa (Almeida, 2004). Nomeadamente, a queda da fecundidade também emerge relacionada com novos valores e representações sobre a família e o casal, a criança e a infância, a sexualidade, o corpo e a condição feminina. Segundo Almeida (2004), a laicização, a importância do individualismo e do valor da realização da felicidade imediata, a contratualização e a sentimentalização das relações conjugais e familiares e a representação da criança estabeleceram fortes incentivos ao controlo da natalidade.

A sociedade portuguesa, tal como outras sociedades ocidentais, encontra-se permeada por múltiplos tipos de família, nos quais a parentalidade e a homossexualidade inicialmente emergiram com algum distanciamento. No entanto, a parentalidade homossexual tornou-se num fenómeno presente na sociedade portuguesa e nos cuidados de saúde, gerando controvérsias e desafios. Segundo Uziel “a pouca divulgação do tema, as dúvidas com relação à melhor conduta, por parte dos profissionais envolvidos (...), e a pouca produção académica sobre a temática fazem crer que pais homossexuais são uma novidade. No entanto, famílias heterossexuais geram filhos homossexuais, pais heterossexuais “passam” a ser homossexuais, gays e lésbicas decidem ter filhos” (Uziel, 2004: 87).

Em Portugal, a homoparentalidade não tem uma grande visibilidade em termos numéricos, sendo a maioria das famílias compostas por homens e mulheres que foram pais e mães na sequência de relacionamentos heterossexuais. Neste âmbito, destacam-se como constrangimentos à homoparentalidade as (im)possibilidades no acesso à procriação medicamente assistida (considerada como método subsidiário de procriação,

tem como beneficiários pessoas de sexo diferente - Lei nº 32/2006, de 26 de Julho), à maternidade de substituição e até mesmo à adopção (a alteração feita ao Código Civil passa a permitir o casamento entre pessoas do mesmo sexo mas com exclusão da adopção - Lei nº 9/2010, de 31 de Maio). Em 2016, em Portugal, surgem várias iniciativas legislativas que englobam o acesso às técnicas de procriação medicamente assistida e à gestação de substituição. Dos vários projectos de lei propostos realça-se como ponto comum o alargamento do âmbito dos beneficiários das técnicas e a igualdade de direitos no acesso às mesmas.

A heteronormatividade relativa à família contribui para que os preconceitos relativos à homoparentalidade subsistam. Estes podem implicar dificuldades acrescidas, se forem evidenciados pelos profissionais de saúde. Nos serviços de obstetrícia, há vários anos que os enfermeiros começaram a ser confrontados com casais de lésbicas que recorrem a técnicas da procriação medicamente assistida fora do país e que procuram os cuidados de saúde em Portugal para a vigilância da gravidez e para o parto.

Um dos desafios pode situar-se na designação de “pais” que evidencia a existência de um vínculo biológico e de convivência com um pai e uma mãe, o que implica que estes tenham sexos diferentes. A questão coloca-se quando os dois ou as duas são do mesmo sexo e quando o número de envolvidos ultrapassa o número dois, incluindo laços que podem ser biológicos, gestacionais, afectivos, legais ou outros, com diferentes intervenientes. Assim, no âmbito dos cuidados de saúde materna, tem emergido o desafio de como integrar a variedade de mães possível para cada bebé (biológica, gestacional, social,...) e pôr em causa o ditado que diz que “mãe há só uma”.

Conclusão

Tomando como ponto de partida a contextualização da sexualidade, da saúde sexual e da saúde reprodutiva nos cuidados de saúde em Portugal, procurou-se aprofundar alguns aspectos específicos de um território em que se cruzam vulnerabilidades, intimidades, autodeterminação, direitos sexuais e reprodutivos, poder, desigualdades e economicismo. Uma das opções tomadas prendeu-se com a definição de conceitos que caracterizam o parto. Através desta, procurou-se percorrer as ideologias que atravessam a prática dos enfermeiros obstetras (que engloba os períodos pré-concepcional, pré-natal, parto e pós-natal) e que se imiscuem nas suas relações com as mulheres e com as suas famílias. Na análise da conceptualização sobre o parto procurou-se ainda revelar algumas lógicas subjacentes aos cuidados prestados e às expectativas criadas acerca dos mesmos. Na realidade portuguesa, do parto medicalizado ao parto normal, evidencia-se com frequência uma posição de supremacia dos profissionais de saúde que parecem saber sempre o que é melhor para aqueles de quem cuidam.

No que concerne aos direitos sexuais e reprodutivos realçou-se a importância da equidade entre homens e mulheres, heterossexuais, bissexuais e homossexuais (quer seja numa perspectiva individual, quer seja numa perspectiva conjugal ou parental) e entre utentes dos serviços de saúde públicos e dos privados. Neste âmbito os preconceitos e as discrepâncias que se constatarem, emergem como um desafio que parece ter tanto de fascinante como de tortuoso e que implica uma aposta na formação e na aquisição de competências dos enfermeiros para responderem adequadamente às necessidades que se (des)ocultam nos quotidianos da prestação de cuidados.

Referências Bibliográficas:

- Aboim, Sofia.(2013). *A Sexualidade dos Portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel Dos Santos.
- Almeida, M. V. (2001). Política Sexual. Actas dos VII Cursos Internacionais de Verão de Cascais, 1, 51 - 56.
- Almeida, Ana Nunes (coord.) (2004). *Fecundidade e Contraceção*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Badinter, Elisabeth (2006) *O amor incerto: história do Amor Maternal do Sec XVII ao Sec XX*. Lisboa: Relógio de Água.
- CIMS. (1996). Primeira iniciativa de consenso da Mother-Friendly Childbirth Initiative (MFCI) disponível em: <http://motherfriendly.org/MFCI>
- Davis-Floyd, Robbie e Sargent, Carolyn. (1997). *Childbirth and Authoritative Knowledge: cross-cultural perspectives*. Londres: University of California Press.
- FAME e APEO (2009). Iniciativa Parto Normal: Documento de Consenso. Loures; Lusociência.
- Gomes, A. Prefácio. In L. Fonseca, C. Soares & Vaz, J. M. (Eds). (2003). *A Sexologia: Perspectiva Multidisciplinar I* (pp. 11-12). Coimbra: Quarteto.
- Hamner, T. J. e Turner, P. H. (1990) *Parenting in Contemporary Society* (2ª ed.). Boston: ALLYN and BACON.
- Kitzinger, Sheila. (2005). *The Politics of birth*. Londres: Elsevier Limited.
- Kitzinger, Sheila. (2006). *Birth Crisis*. New York: Routledge.
- Odent, Michel. (2005). *A Cesariana*. Lisboa: Miosótis.
- Leite, Lúcia. (coord.) (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal: uma visão partilhada*. Lisboa: OE. Disponível em: http://www.ordenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Livro_Parto_Normal.pdf
- Miriam, G.; Uziel, A. e Mello, L. (2007). *Conjugalidades, Parentalidades e Identidades Lésbicas, Gays e Travestis*. Rio de Janeiro: Editora Garamond Ltda.
- Paiva, M. S., & Amâncio, L. (2004). *Implicações das Representações Sociais na Vulnerabilidade de Género para SIDA/AIDS Entre Jovens Universitários: Estudo Comparativo Brasil Portugal*. Disponível em: www.ces.uc.pt/lab2004/pdfs/MirianSantosPaiva.pdf
- Sardo, Dolores Prefácio. In FAME e APEO (2009). *Iniciativa Parto Normal: Documento de Consenso*. Loures; Lusociência.(p.5-6)
- Tereso, Alexandra. (2005). *Coagir ou Emancipar: sobre o papel da enfermagem no exercício da cidadania das parturientes*. Coimbra: Formasau.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. Loures: Lusociência.
- UZIEL, Anna Paula. Homossexualidade e Parentalidade: ecos de uma conjugação. In: HEILBORN, Maria Luiza (Org). *Família e Sexualidade*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004. (p. 87-117).
- WHO (2006). *Defining Sexual Health: report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002*. Geneva: WHO Press. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf
- WHO, (2010). *Developing Sexual Health Programmes: a framework for action*. Geneva: WHO Press. (WHO/RHR/HRP/10.22) Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70501/1/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf
- WHO-Department of Reproductive Health and Research. (2012). *A Multi-Country Study on Gender, Sexuality and Vaginal Practices Implications for Sexual Health: a policy brief*. (WHO/RHR/12.25) Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/rhr_12_25/en/